総括

■　機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

■　認定の種別

書面審査および7月4日～7月5日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

機能種別　　リハビリテーション病院　　認定

■　改善要望事項

・機能種別　リハビリテーション病院

該当する項目はありません。

１．病院の特色

貴院は2006年3月に医療法人社団輝生会が指定管理者として選定され、2008年4月に公設民営のリハビリテーション病院として開院された。近隣の急性期病院と円滑な連携を構築し、回復期リハビリテーションを必要とする患者を迅速に受け入れることを使命として病院運営を行っている。充実したリハビリテーション科専門医をはじめ、施設基準を上回る人数の看護師・介護福祉士を配置して診療・ケアにあたるとともに、各病棟に多くの療法士を配置し、365日体制で質の高いリハビリテーションを提供している。

このたびの訪問審査は初回認定から数えて3回目の受審であるが、院長を中心に職員が一丸となって質改善に取り組んでいる様子がうかがえた。院内は安全で良質な療養生活を送れるよう療養環境が整備され、多職種での協働した診療・ケア、医師や看護師・介護福祉士の病棟業務、生活機能の維持・向上を目指したケア、身体拘束の最小化への取り組みは高く評価された。本報告書を活用し質改善に取り組み、良質なリハビリテーション医療を提供する病院としてますます発展されることを祈念する。

２．理念達成に向けた組織運営

法人の基本理念を病院の理念として院内外に周知している。部長会議が病院運営の意思決定会議であり機能している。10ヶ年の長期計画に基づき事業計画や部門・部署ごとの目標を設定し評価している。情報の管理・活用の方針は明確であり、臨床指標（CI）の収集・分析やレセプトデータの分析など診療情報を有効活用している。病院として管理すべき文書を明確にし、文書管理規程に基づき管理し

て、職員が確認できる環境を整備している。人員計画に基づいた採用計画を策定し、人材の確保と充実に向けて努力・工夫している。人事・労務管理に必要な就業規則等を整備し職員に周知している。安全衛生委員会を設置し、健康診断を確実に実施している。職員が無記名で意見を投稿できる意見箱を設置しているほか、職員満足度調査を実施し職員の意見・要望を把握している。

全職員を対象に医療安全、感染対策、医療倫理の研修を実施し、実施後のアンケート等により理解度や満足度を確認して次の教育・研修に生かしている。全職員を対象に目標管理シートを活用した能力評価や人事考課を行っているほか、専門職評価表により専門職としての評価も行っている。全体研修・部門研修に加え、入職1年目から数年目までの目標や研修内容を定めた計画に基づき、初期研修を行っている。看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士の養成校から学生実習を積極的に受け入れている。

３．患者中心の医療

法人で定めた「患者の権利」があり、5つの権利が明文化されている。正面玄関に掲示するとともに、ホームページや病院案内等で患者・家族や職員に周知している。説明と同意の方針や基準・手順が示され、患者が理解できるような説明を行い、必要な同意を得て診療を行っている。入院後、患者・家族と定期面談を実施し、リハビリテーションや生活の状況を説明し共有している。患者・家族からの相談窓口として総合相談窓口を設置しているほか、各病棟に社会福祉士を専任配置して様々な相談に対応している。個人情報保護方針や個人情報保護規程等を整備し職員に周知している。病室入口への患者氏名の表示を行わないなど、個人情報の保護に配慮している。倫理的課題は毎日のフロアマネジャーミーティングで共有し検討している。解決困難な事例は部長会議で検討するなど組織的に検討する体制が整えられている。駐車場の整備など来院時のアクセスに配慮している。院内はバリアフリーであり、必要な設備・備品を整備している。診療・ケアに必要なスペースや患者がくつろげるスペースを十分確保している。障害に即した入浴ができるよう、リフト浴や座位での機械浴なども整備している。院内は整理整頓され、清掃が行き届いているなど、療養環境は高く評価できる。全館禁煙・敷地内禁煙の方針が周知徹底されている。患者の禁煙教育や職員の禁煙推進に取り組んでいる。

４．医療の質

業務の質改善に向けて様々なプロジェクトを立ち上げ、継続的に改善活動に取り組んでいる。病床稼働向上プロジェクトを立ち上げ、地域連携支援室を新設することで、高い稼働率を達成している。医局会で課題のある症例の治療方針の検討や転院症例の報告を行い、全医師で情報共有している。多数の臨床指標（CI）を収集・分析するとともに、ホームページで公表している。各病棟に社会福祉士を専任配置し、患者・家族からの意見・要望を吸い上げているほか、意見箱の設置や患者満足度調査を実施して意見・要望を収集し検討して対応している。リハビリテーションに使用する多くの最新機器を導入している。事前にマニュアルを作成し、研修会を

開催するなど機器の安全使用に向けて対応している。診療・ケアの管理・責任体制を明確にすべく、名札には資格職種名と氏名を、日々の患者の予定表には、主治医・担当看護師・担当療法士の氏名を記載している。診療録記録マニュアルに則り診療録が適切に記載されている。電子カルテ上の新評価チャートに職種別に記載して、情報を共有し確認しやすくしている。初期カンファレンスや定期カンファレンスなど、専門職種による各種のカンファレンスが行われている。委員会と多職種チームによる組織横断的な取り組みや、多彩な活動は高く評価できる。

５．医療安全

医療安全委員会は院長が委員長であり、多職種で構成されている。医療安全管理責任者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者が配置され、それぞれの役割と権限を明確にしている。医療安全委員会の下部組織に転倒・転落、薬剤、食事、センサーコールなどのテーマ毎にチーム（SMT）を組織化し、安全に関する対策など必要な取り組みを検討している。アクシデント・インシデントレポートは医療安全管理者が集約し分析している。内容に応じ、現場検証を行い、要因分析や再発防止を講じ、医療安全ラウンドで、対策の実行状況を確認している。医療事故発生時の対応手順を明確にしている。患者確認が必要な場面では、氏名や生年月日を名乗ってもらい、必要時には患者認証カードで確認している。医師の指示出し、指示受け・実施、確認は電子カルテ上で運用されている。病院としてハイリスク薬をリスト化し、ハイリスク薬は保管場所に色付きラベルで表記している。全入院患者に転倒転落対策表で転倒・転落リスクを評価し、評価に基づく防止対策を実践している。除細動器や輸液ポンプ、人工呼吸器、心電図モニターの取り扱いの教育・研修を行うほか、始業点検や使用中の作動確認を行い、医療機器を安全に使用している。院内緊急コールを設定し、職員携帯のポケットマニュアルに運用を記載している。全職員を対象にBLS研修を確実に実施している。

６．医療関連感染制御

感染対策委員会の委員長はICDであり、病院幹部職員が委員として参加している。実務的な担当者として専任看護師が配置されている。医療安全管理室内にICD・感染担当専任看護師・薬剤師・臨床検査技師で構成されたICTを設置し、毎週ラウンドを行うなど感染制御に向けた体制を確立している。新規感染症や耐性菌発生の情報を感染マップとして作成し、現場職員に対策に取り組むべき感染症が明確になるようにしている。ICTラウンドで新規感染症病床を訪問し対策の確認・助言をしている。JANISに参加するとともに、情報を収集している。入職時に全職種が標準予防策の講義を受講し、院内研修で標準予防策の研修を行っている。必要な場所に手指消毒剤を用意しているほか、手指消毒剤やゴーグルは個人で携帯している。手指消毒剤の使用量のモニタリングを行うとともに、ICTラウンドで手指衛生チェックを行っている。抗菌薬の適正使用の指針を整備している。抗菌薬の使用状況は感染対策委員会で報告し、抗菌薬の選択や使用量、期間等に関してはICDがラ

ウンドし、主治医にフィードバックしている。血液培養は2検体採取を原則とし、アンチバイオグラムも作成している。

７．地域への情報発信と連携

患者・家族に向けた医療サービスの内容や受診・入院加療等に関する情報、地域の保健・医療・介護・福祉施設に向けた情報は、ホームページや病院案内、入院案内、広報誌等でわかりやすく発信している。毎年、各種の施設データに加え、リハビリテーション実施単位数や栄養状態の改善など多様な臨床指標（CI）をホームページで公表していることは高く評価できる。地域連携支援室を設置し地域の医療の状況やニーズを把握している。地域連携支援室のスタッフが近隣の急性期病院を訪問して状況を把握するとともに、意見交換を重ねて連携強化を図っている。紹介元に経過報告の返書や必要な情報提供を確実に行っている。患者・地域住民に向けて市民公開講座や患者家族教室を開催している。自治会や自治体からの依頼を受けて療法士を派遣しているほか、院内での足腰衰えチェック事業を実施している。市内他事業所の介護職を対象に実技勉強会を実施しているほか、摂食栄養に特化した摂食栄養サポート勉強会を開催するなど、教育・啓発活動を積極的に展開している。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

外来はリハビリテーション患者を対象とした、通院リハや通所リハを実施している。同意書が必要となる侵襲的な検査・処置を明確にしている。入院判定会議は医師、病棟責任者の看護師・療法士、社会福祉士が参加して毎日開催し、入院待機期間を短くするよう努力している。患者の病状やリスクについて各職種が評価した後、全職種による合同評価を行って治療計画を立て、入院診療計画書を作成している。各病棟に専任配置された社会福祉士が患者・家族からの多様な相談に対応している。入院が決定した患者・家族の希望時面談や見学を受け入れるほか、患者に合った車椅子を用意するなど円滑に入院できる仕組みがある。医師の病棟業務は入院患者全体の把握、病棟のリーダーとしての役割、担当医としての業務、診療録の記録などはすべて質の高いレベルで実施されている。看護師・介護福祉士による日常生活援助や診療の補助業務、病棟管理業務などの病棟業務は高く評価できる。投薬・注射が必要な患者には必要性とリスクを医師が説明し、確実・安全に実施している。全入院患者を対象に褥瘡危険因子評価表を用いてリスク評価を行い、褥瘡対策委員会や褥瘡対策チームが関与して褥瘡の予防・治療を適切に行っている。各病棟に管理栄養士を専従配置して入院時の栄養スクリーニングから栄養管理、摂食・嚥下に対する支援を行っている。症状などの緩和は手順をマニュアル化し適切に対応している。理学療法や作業療法は患者・家族の意見や要望を把握しながら、リハ計画を立て実施している。言語聴覚療法では失語症に対して複数の検査を用いて評価し、退院後の生活・社会参加を想定した訓練を実施している。各病棟に多くの療法士を専従配置してモーニングケアやイブニングケアに取り組むなど、多職種で生活機能の向上を目指したケアを実践している。身体拘束を行わないことを基本と

し、身体拘束の最小化に努めている。多職種で行われる定期カンファレンスで退院に向けての話し合いを行い、退院計画を立案している。必要な患者に対しては住宅改修や福祉用具の提案などを行っている。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤師が持参薬を鑑別し、医師と継続等に関し確認している。処方鑑査、調剤後の確認、疑義照会も適切に実施している。経口薬は一包化し、注射薬は1施用ごとに取り揃えて払い出している。検体検査は外部委託であるが、血算や血液ガス、生化学の一部が院内で検査ができる。委託業者から報告されるパニック値への対応体制も整備している。画像診断は一般撮影、嚥下造影検査、CTを実施している。CTは主治医が必要と判断した場合は遠隔診断も依頼できる。食事は各病棟のパントリーで盛り付けながら出来立てを提供している。朝・昼・夕の3食とも選択メニューを実施しているほか、行事食の導入や陶器の器を使用するなどの配慮がある。リハビリテーション常勤医師のほか、多くの理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が在籍し、回復期リハ病棟や通院リハ、通所リハ、訪問リハに対応している。理学療法士と作業療法士は早出や遅出で、更衣や排泄援助、夜の入浴、食事介助と生活場面に介入している。電子カルテを導入し、診療情報は1患者1ID番号で一元的に管理している。入院診療録は全件退院時に量的点検を行っている。医療機器の管理は担当看護師が行い、点検や修理の状況を把握している。日常点検や保守点検を確実に行い、点検記録を保管するとともに台帳管理している。器材の滅菌は外部委託である。使用した器材の一次洗浄から委託業者の回収までの手順は適切に実施されている。

１０．組織・施設の管理

予算編成の手順を確立し、執行状況も適切に把握している。収支分析による課題を検討し経営改善に取り組んでいる。レセプトの作成・点検や返戻・査定への対応はサポート部と担当医が連携し適切に行っている。委託の是非は部長会議で検討し、委託業者の選定にあたっては、適正な業務内容等となるよう努めている。自院の役割・機能に応じた施設・設備を整備し、主要な施設・設備の保守管理は業務委託している。日常点検をはじめ定期点検が年間計画に基づき確実に実施されている。施設・設備の修繕や更新は年間計画を立て実施している。医薬品の選定は薬事委員会で検討し決定している。医療消耗品の採用にあたっては、質・経済性を評価している。医療機器や高額医療機器の購入は事業計画に盛り込み、購入手順も確立している。BCPを作成するとともに、危機管理マニュアルを整備している。災害発生時の責任体制は明確であり、訓練や備蓄等を適切に行っている。保安業務は、中央管理室を設置し守衛が24時間常駐している。緊急時の連絡網を整備し、日々の業務実施状況は警備日誌で把握している。

1　患者中心の医療の推進

評価判定結果

1.1	患者の意思を尊重した医療	
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	A
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	A
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	A
1.1.5	患者の個人情報を適切に取り扱っている	A
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	A
1.2	地域への情報発信と連携	
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	S
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	A
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	A
1.3	患者の安全確保に向けた取り組み	
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	A
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	B
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	A
1.4	医療関連感染制御に向けた取り組み	
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	A
1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている	A
1.5	継続的質改善のための取り組み	
1.5.1	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	A

1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	A
1.5.3	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	A
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している	B
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	S
1.6.3	受動喫煙を防止している	A

2　良質な医療の実践１

評価判定結果

2.1	診療・ケアにおける質と安全の確保	
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	A
2.1.2	診療記録を適切に記載している	A
2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	A
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	A
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A
2.1.7	医療機器を安全に使用している	A
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	A
2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している	A
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	A
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	S
2.2	チーム医療による診療・ケアの実践	
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	A
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.6	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A

2.2.8	患者が円滑に入院できる	S
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	S
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	S
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.17	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	S
2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	S
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A

3　良質な医療の実践２

評価判定結果

3.1	良質な医療を構成する機能１	
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	A
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	A
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	S
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	S
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	A
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A
3.2	良質な医療を構成する機能２	
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	NA
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	NA
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	NA
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	NA
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	NA

4　理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

4.1	病院組織の運営	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	B
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を有効に活用している	A
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	B
4.2	人事・労務管理	
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	A
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	A
4.3	教育・研修	
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	B
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	A
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	A
4.4	経営管理	
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	A
4.4.2	医事業務を適切に行っている	A
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A

4.5	施設・設備管理	
4.5.1	施設・設備を適切に管理している	B
4.5.2	購買管理を適切に行っている	A
4.6	病院の危機管理	
4.6.1	災害時等の危機管理への対応を適切に行っている	A
4.6.2	保安業務を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2024 年 4 月 20 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 医療法人社団輝生会 船橋市立リハビリテーション病院

I-1-2 機能種別 ： リハビリテーション病院

I-1-3 開設者 ： 市町村

I-1-4 所在地 ： 千葉県船橋市夏見台4-26-1

I-1-5 病床数

	許可病床数	稼働病床数	増減数(3年前から)	病床利用率(%)	平均在院日数(日)
一般病床					
療養病床	200	180	+0	100.2	73.7
医療保険適用	200	180	+0	100.2	73.7
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	200	180	+0		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床		
集中治療管理室 (ICU)		
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)		
ハイケアユニット(HCU)		
脳卒中ケアユニット(SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析		
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床	180	+0
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室		
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床		
精神療養病床		
認知症治療病床		

I-1-7 病院の役割・機能等 ：

I-1-8 臨床研修

I-1-8-1臨床研修病院の区分

医科 □ 1) 基幹型 □ 2) 協力型 □ 3) 協力施設 ■ 4) 非該当
歯科 □ 1) 単独型 □ 2) 管理型 □ 3) 協力型 □ 4) 連携型 □ 5) 研修協力施設
■ 非該当

I-1-8-2研修医の状況

研修医有無 ○ 1) いる 医科 1年目： 人 2年目： 人 歯科： 人
● 2) いない

I-1-9 コンピュータシステムの利用状況

電子カルテ ● 1) あり ○ 2) なし 院内LAN ● 1) あり ○ 2) なし
オーダリングシステム ● 1) あり ○ 2) なし PACS ● 1) あり ○ 2) なし

I-2 診療科目・医師数および患者数

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

診療科名	医師数(常勤)	医師数(非常勤)	1日あたり外来患者数(人)	外来診療科構成比(%)	1日あたり入院患者数(人)	入院診療科構成比(%)	新患割合(%)	平均在院日数(日)	医師1人1日あたり外来患者数(人)	医師1人1日あたり入院患者数(人)
リハビリテーション科	10	1.58	76.48	100.00	178.45	100.00	1.27	73.68	6.60	15.41
研修医										
全体	10	1.58	76.48	100.00	178.45	100.00	1.27	73.68	6.60	15.41

I-2-2 年度推移

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	76.48	76.42	72.96	100.08	104.74
1日あたり外来初診患者数	0.97	1.61	1.11	60.25	145.05
新患率	1.27	2.11	1.53		
1日あたり入院患者数	178.45	176.41	170.80	101.16	103.28
1日あたり新入院患者数	2.42	2.47	2.41	97.98	102.49